

## ОРИГІНАЛЬНІ ДОСЛІДЖЕННЯ

patients with a CD4 cell count <100 mL had a 5-fold higher risk of mortality and those with extrapulmonary tuberculosis a 2,2-fold increased risk.

**Key words:** patients with HIV/TB-infection, highly active antiretroviral therapy, amount of CD4, lymphocytes.

Отримано 2.11.2012 р.

© Ярош О.О., Кругліков П.В., 2012  
УДК 616.831.9-002-074

О.О. Ярош, П.В. Кругліков

## КЛІНІЧНЕ ЗНАЧЕННЯ ІРИТАТИВНИХ ФЕНОМЕНІВ У РАННІЙ ДІАГНОСТИЦІ МЕНІНГІТІВ І МЕНІНГОЕНЦЕФАЛІТІВ

ДУ «Інститут епідеміології та інфекційних хвороб ім. Л.В. Громашевського НАМНУ»

Представлено аналіз архівних історій хвороби 90 померлих від менінгоенцефалітів (МЕ). Встановлено, що на ранньому етапі розвитку захворювання можуть з'являтися різноманітні соматичні та неврологічні симптоми, які виникають внаслідок токсичного подразнення чутливих і вегетативних структур, у тому числі й у внутрішніх органах. Це створює значні труднощі у своєчасному встановленні правильного діагнозу, що призводить до непрофільної госпіталізації та є основною причиною несприятливих наслідків. Для зменшення діагностичних помилок зроблено акцент на клінічному значенні іритативних феноменів і висвітленні клінічних фаз запального процесу, використання яких у клінічній практиці може стати у нагоді в процесі раннього розпізнавання запальних уражень центральної нервової системи на догоспітальному етапі.

**Ключові слова:** менінгіт, менінгоенцефаліт, іритативні феномени, фази запального процесу, м'які мозкові оболонки, діагностика.

У наш час спостерігається зростання захворюваності та смертності від менінгітів (М) та МЕ, спричинених пневмококом, стафілококом, гемофільною паличкою, вірусами герпесу, грипу та ентеровірусами [1, 2]. У структурі загальної патології нервової системи частка нейроінфекцій становить

коло 40 % [3]. Загальна летальність при бактерійних МЕ коливається від 7,2 до 20 %, тоді як при вірусних МЕ – 6,3-12 %. Найбільша смертність спостерігається при пневмококовому МЕ, особливо у випадку розвитку пневмококового сепсису, і досягає 57,5 % [4]. На сьогодні в етіологічній структурі захворюваності відзначається зменшення кількості МЕ, викликаних менінгококовою інфекцією. Поліморфізм клінічних симптомів і недостатнє вивчення їх патогенезу утруднюють ранню діагностику й лікування [5-7]. Тяжкі неврологічні ускладнення часто призводять до втрати працездатності та тривалої інвалідності. Ось чому запальні ураження головного мозку представляють не тільки актуальну медичну проблему, але й все більше набувають соціально-економічного значення.

Своєчасне розпізнавання запальних уражень центральної нервової системи (ЦНС) на догоспітальному етапі є актуальною проблемою сьогодення. Можна стверджувати, що від ранньої діагностики М і МЕ залежить подальша доля хворого та його соціальна перспектива. На ранніх етапах захворювання може спостерігатись строката клінічна картина, що створює неабиякі діагностичні труднощі. Саме їхнє подолання дасть змогу уникнути численних помилок і визначитись з діагнозом у стислі терміни.

### Матеріали і методи

Проведено аналіз архівних історій хвороб 90 померлих від М і МЕ, у тому числі у 65 (71,7 %) встановлена бактерійна та у 25 (28,3 %) – вірусна етіологія захворювання. В етіологічній структурі М і МЕ домінувала пневмококова – у 15 (23,3 %), менінгококова – в 11 (16,3 %), стафілококова – у 6 (9,3 %) етіологія та гемофільна паличка у 3 (4,7 %). У 42 (46,4 %) хворих етіологія захворювання не встановлена. У 7 (29,4 %) хворих на вірусні М і МЕ підтверджено герпетичну природу запального процесу. Чоловіків було 52 (58,3 %), жінок – 38 (41,7 %) віком від 15 до 75 років, у тому числі у молодому віці до 44 років померло 40 (45,0 %) осіб.

### Результати досліджень та їх обговорення

Аналіз архівних історій хвороби показав, що на догоспітальному етапі лише у 50 (55,1 %) хворих був виставлений правильний діагноз. У 40 (44,9 %) хворих виставлялись помилкові діагнози та їх спрямовували у непрофільні відділення міських лікарень. Найчастіше (це 10 осіб, або 25,0 %) хворі поступали у неврологічний стаці-

онар з діагнозами: гіпертонічний криз, гостре порушення мозкового кровообігу, струс головного мозку. У 9 (22,5 %) випадках таких пацієнтів госпіталізували до психоневрологічного диспансеру з гострим психозом, делірієм, епілепсією. 6 (15,0 %) хворих направляли в інфекційний стаціонар з підозрою на паратифозне захворювання, токсичну форму грипу, лихоманку неясного походження. По 5 (12,5 %) пацієнтів спрямовували у відділення хірургічного або терапевтичного профілю (але не до інфекційного) з діагнозами перитоніт, гострий панкреатит, перфоруєча виразка шлунку, гострий апендицит, сепсис, геморагічний діатез, інфаркт міокарда, діабетична кома тощо. У нейрохірургічний стаціонар поступили 3 (7,5 %) хворих з підозрою на внутрішньочерепну гематому. Зовсім несподіваною була госпіталізація 2 (5,0 %) молодих жінок у гінекологічне відділення з діагнозами токсикоз вагітності та позаматкова вагітність. Структура помилкових діагнозів наведена в таблиці 1.

Таблиця 1

Клінічні «маски» та частота госпіталізацій у непрофільні відділення серед хворих на М та МЕ

Профіль відділення госпіталізації	Діагноз	Частота непрофільних госпіталізацій
Неврологічний	гіпертонічний криз, гостре порушення мозкового кровообігу, струс головного мозку	10 осіб (25,0 %)
Психоневрологічний	гострий психоз, делірій, епілепсія	9 осіб (22,5 %)
Інфекційний (помилкові діагнози)	паратифозне захворювання, токсична форма грипу, лихоманка неясного походження	6 осіб (15,0 %)
Хірургічний	перитоніт, гострий панкреатит, перфоруєча виразка шлунку, гострий апендицит	5 осіб (12,5 %)
Терапевтичний	сепсис, геморагічний діатез, інфаркт міокарда, діабетична кома	5 осіб (12,5 %)
Нейрохірургічний	внутрішньочерепна гематома	3 особи (7,5 %)
Гінекологічний	токсикоз вагітності, позаматкова вагітність	2 особи (5,0 %)

Наведені дані показали необхідність володіння знаннями ранніх клінічних проявів М і МЕ, які можуть маскуватись під будь-які соматичні та неврологічні симптоми, вводити в оману лікарів та призводити до тяжких наслідків. У цьому зв'язку іритативні феномени мають не тільки важливе значення в клініці інфекційних хвороб, але стають диференційно-діагностичним ключем у розпізнаванні М і МЕ на ранніх етапах розвитку захворювання. Реакція чутливих і вегетативних

структур з боку нервової системи на токсинемію може бути підказкою в процесі діагностики запального ураження головного мозку.

Аналіз багаторічних клінічних даних показав, що на ранніх етапах розвитку М і МЕ внаслідок бактеріємії спостерігається токсичне подразнення м'яких мозкових оболонок головного та спинного мозку, гіпоталамічних відділів мозкового стовбура та вегетативних утворень як у межах ЦНС, так і у різних внутрішніх органах. Іритативні зміни

## ОРИГІНАЛЬНІ ДОСЛІДЖЕННЯ

у відзначених структурах обумовлюють особливості проявів захворювання, які умовно дозволили виділити чотири клінічні фази запального процесу. До них ми віднесли менінгорадикулярну, менінговегетативну, менінгогіпертензивну та менінгоенцефалітну. Останні характеризувались швидкоплинністю та мінливістю у часі. Зазначені фази зустрічались практично у всіх хворих, але їхня тривалість і ступінь виразності були різними. У першу чергу, вони залежали від загальної реактивності організму, віку, стану імунної системи, супутньої патології та етіології захворювання. У клінічній практиці на догоспітальному етапі доводиться зустрічатися з окремими компонентами іритативної фази запального процесу за відсутності розгорнутої картини захворювання, що викликає значні труднощі у постановці своєчасного діагнозу. Серед лікарів побутує спрощений підхід в оцінці стану хворого, якому у кращому випадку виставляють неіснуючий діагноз «явища менінгізму». Недооцінка чи ігнорування окремих симптомів іритативного характеру є основною причиною діагностичних помилок, непрофільної госпіталізації хворих і несприятливих наслідків. Зупинимось конкретно на клінічних проявах кожної з іритативних фаз у період розвитку запального процесу.

При менінгорадикулярній фазі у хворих спостерігається гіперестезія органів чуття, позитивні реперкуторні феномени, мігруючі радикулопатії та симптоми натягу. Подразнення м'яких мозкових оболонок маніфестує болем голови, нудотою, підвищеною чутливістю до світла, звуків, тактильних і температурних подразників. Поряд з цим відзначаються минучі болі у хребті, тулубі і кінцівках. Зазвичай біль носить стріляючий, оперізуючий або пекущий характер та розцінюється на етапі первинної діагностики як радикулопатія (шийна, грудна, поперекова) чи міалгія, що тягне за собою помилкові діагнози та лікування. Насправді у таких хворих у цей період відзначаються чіткі симптоми натягу (Нері, Ласега, Вассермана), що свідчить про залучення у процес задніх чутливих корінців по осі нервової системи. Встановлення іритативних змін з боку м'яких мозкових оболонок і радикулярного симптомокомплексу, беручи до уваги загальноінтоксикаційні явища, дозволяє запідозрити розвиток М і МЕ та спрямувати хворого у профільний стаціонар.

У період менінговегетативної фази, поряд з іритативними змінами з боку м'яких мозкових оболонок, спостерігаються виражені вегетативні по-

рушення із залученням у процес як гіпоталамічних відділів, так і периферичних вегетативних структур, у тому числі і у внутрішніх органах. Хворі скаржаться на серцебиття, коливання артеріального тиску, остудоподібне тремтіння, емоційну неврівноваженість, сухість у роті, інколи частий сечопуск, що свідчить про домінування симпатикотонії. Такі пацієнти часто відзначають біль за грудиною з ірадіацією у ліву ключицю чи щелепу, мігруючий біль у черевній порожнині, у проекції сонячного плетива, в епігастральній ділянці чи у правому підребер'ї. Інколи біль досягає значної інтенсивності, може супроводжуватись нудотою та проносом. При цьому мають місце симптоми подразнення очеревини, а також болючість при глибокій пальпації внутрішніх органів. Поставити правильний діагноз буває досить складно. Таким хворим на догоспітальному етапі нерідко виставляють інфаркт міокарда, гострий панкреатит, гострий калькульозний холецистит, перфоруєча виразка шлунку тощо з наступною госпіталізацією до стаціонарів відповідного профілю.

Разом з тим, у таких випадках подразнення очеревини ніколи не досягає ступеня «дефанса». Хворі дозволяють здійснити глибоку пальпацію органів черевної порожнини, у випорожненнях ніколи не буває крові. Наявність ознак подразнення м'яких мозкових оболонок і загальноінфекційних симптомів дозволяє правильно визначитись із діагнозом.

При менінгогіпертензивній фазі в клінічній картині на перший план виступають ознаки підвищення внутрішньочерепного тиску. Поряд із наростаючою інтенсивністю болю голови, запамороченням, нудотою, інколи блювотою, у таких хворих виникають і специфічні симптоми, які свідчать про лікворно-венозну дисциркуляцію. До них відносять синдроми Гуревича-Манна і Флатау-Куїмова. Так, при конвергенції очних яблук у хворого з'являється біль у переніссі чи при пасивному нахилі голови вперед розширюються зіниці. Біль голови спостерігається при переміні положення тіла, може посилюватись при натисненні на очні яблука, а також на точки виходу гілок трійчастого та потиличного нервів. При цьому може спостерігатися відхилення голови назад чи у різні боки. Відзначена проба Кера є достатньо тонкою ознакою залучення у процес м'яких мозкових оболонок та підвищення внутрішньочерепного тиску. У деяких випадках можуть виникати ознаки вимушеної пози, яка формується рефлекторно для зменшення інтенсивності болю голови. Таким хво-

рим на догоспітальному етапі нерідко виставляють діагноз «гостре порушення мозкового кровообігу» з наступною госпіталізацією у непрофільний неврологічний стаціонар. Частіше це трапляється з недужими середнього або похилого віку, які страждають на атеросклероз судин головного мозку, хронічну цереброваскулярну патологію та високий кров'яний тиск.

Під час менінгоенцефалітної фази розвитку захворювання внаслідок анатомічної близькості м'яких мозкових оболонок до кори головного мозку та її подразнення токсичними факторами виникають енцефалітні симптоми. У хворих спостерігається збудження, неспокій, тривога, немотивований страх, психосенсорні розлади, нерідко мають місце міоклонії та фокальні епіпади. При цьому страждає увага, зосередженість, інколи виявляють ознаки оглушення (омнібуляції). При бурхливому розвитку запального процесу може розвинути психомоторне збудження, сутінковий стан, психопродуктивна симптоматика. Хворих на догоспітальному етапі нерідко помилково спрямовують у непрофільний психоневрологічний диспансер з діагнозом: епілепсія, гострий психоз, делірій. У таких випадках необхідно звертати увагу на ранні клінічні ознаки подразнення кори головного мозку та розвиток у ній набрякових змін. До них належать неврологічні синдроми Вейса-Едельмана і Мараньона. Так, у хворого, який лежить на спині, при розгинанні ноги у колінному суглобі або згинанні голови до грудної клітки з'являється екстензія великого пальця ступні. Внаслідок розвитку позамежового гальмування у корі головного мозку у цей період можна встановити приховану пірамідну недостатність, про що свідчить поява патологічних стопних рефлексів больової групи (Штрюмпеля, Гордона, Гроссмана).

Поза залежності від фази запального процесу у всіх хворих у ранньому періоді захворювання реєструється подразнення м'яких мозкових оболонок. Поряд із класичними ознаками: гіперестезія органів чуття, реперкуторні феномени, виличний симптом Бехтерева, а також появи у подальшому симптомів Керніга, Брудзинського (верхній, середній, нижній), пружності м'язів потилиці, необхідно звертати увагу і на інші ознаки, які свідчать про появу менінгеальних симптомів, зокрема неврологічні синдроми Мондонезі та Штрюмпеля-Гольмана. Так, тиск на очні яблука викликає тонічне скорочення м'язів обличчя (бульбо-фаціальний рефлекс) або притиснення

колінного суглоба до ліжка зумовлює екстензію великого пальця ступні.

Таким чином, знання іритативних феноменів на ранніх етапах розвитку М і МЕ необхідне для фахівців різного профілю, які можуть зустрітись будь-коли з такими хворими на догоспітальному етапі. У першу чергу це стосується інфекціоністів, невропатологів та психіатрів, а також терапевтів і хірургів. Саме використання у повсякденній практичній діяльності цих знань, особливо при первинному контакті із хворими, може істотно вплинути на якість догоспітальної діагностики, знизити кількість діагностичних помилок та несприятливих наслідків при М і МЕ.

### Висновки

1. Причини діагностичних помилок і пізньої госпіталізації хворих на М і МЕ у профільні стаціонари в багатьох випадках полягають у відсутності характерних клінічних проявів, особливо на ранніх етапах маніфестації запальних уражень ЦНС.

2. Внаслідок бактеріємії та токсичного подразнення м'яких мозкових оболонок і вегетативних структур внутрішніх органів ранні клінічні прояви М і МЕ можуть маскуватись під різну соматичну патологію. У таких випадках необхідно звертати увагу на іритативні феномени, які допомагають запідозрити та вчасно визначитись із правильним діагнозом.

3. У хворих на М і МЕ умовно виділено чотири клінічні фази запального процесу: менінгорадикулярну, менінговегетативну, менінгогіпертензивну та менінгоенцефалітну, які характеризуються швидкоплинністю та мінливістю клінічної картини у динаміці захворювання.

### Література

1. Ярош О.О. Деякі актуальні проблеми нейроінфекцій / О.О. Ярош // Інфекційні хвороби. – 2003. – № 1. – С. 5-9.
2. Клініко-біохімічні, генетичні та імунологічні особливості вірусних і вірусно-бактерійних менінгоенцефалітів / [А.О. Руденко, Л.В. Муравська, Л.Л. Громашевська та ін.] // Інфекційні хвороби. – 1999. – № 2. – С. 32-35.
3. Лобзин Ю.В. Менингиты и энцефалиты / Ю.В. Лобзин, В.В. Пилипенко, Ю.Н. Громыко. – СПб: Фолиант, 2006. – 128 с.
4. Бактерійні гнійні менінгіти: сучасні проблеми діагностики і антибактерійної терапії / [І.О. Карпов, І.В. Юркевич, Є.П. Кишурно та ін.] // Інфекційні хвороби. – 2007. – № 1. – С. 63-68.
5. Белошицкий Г.В. Клинико-эпидемиологические особенности пневмококковых менингитов / Г.В. Белошицкий, И.С. Королева // Эпидемиология и инфекционные заболевания. – 2007. – № 2. – С. 20-23.

## ОРИГІНАЛЬНІ ДОСЛІДЖЕННЯ

6. Кононенко В.В. Сучасна етіотропна фармакотерапія бактерійних менінгітів / В.В. Кононенко, А.О. Руденко, Л.Г. Василенко // Журнал практичного лікаря. – 2001. – № 2. – С. 27-32.

7. Менінгококова інфекція та бактерійні менінгіти: клініка, діагностика та інтенсивна терапія: метод. рекомендації / [В.В. Кононенко, А.О. Руденко, С.О. Крамарев та ін.]. – К.: Ін-т епідем. та інфекц. хвороб ім. Л.В. Громашевського, 2004. – 18 с.

### CLINICAL SIGNIFICANCE OF IRRITATION PHENOMENON IN EARLY DIAGNOSIS OF MENINGITIS AND MENINGOENCEPHALITIS

O.O. Yarosh, P.V. Kruhlikov

**SUMMARY.** The article presents an analysis of archival histories of the 90 died from meningoencephalitis. It was found out that at an early stage of

*the disease may appear different physical and neurological symptoms that result from toxic irritation of sensory and autonomic structures, including the internal organs. This creates significant difficulties in the timely establishment of correct diagnosis leading to wrong hospitalization and is main cause of unfavorable effects. To reduce diagnostic errors it was made an emphasis on the clinical relevance irritation phenomena and highlighting clinical phases of inflammation, which use in clinical practice may be useful in the process of early identification of inflammatory lesions of the central nervous system of pre-hospital stage.*

**Key words:** meningitis, meningoencephalitis, irritation phenomena, phases of inflammatory process, pia mater, diagnostics.

Отримано 25.07.2012 р.

© Римша О.В., Палій Д.В., 2012  
УДК 615.28:004.15

О.В. Римша, Д.В. Палій

## АНТИСЕПТИК ДЕКАСАН У ЛІКУВАННІ ІНФЕКЦІЙНИХ УСКЛАДНЕНЬ ПІСЛЯ ОПЕРАЦІЇ В ПАЦІЄНТІВ З ДОБРОЯКІСНО ГІПЕРТРОФОВАНОЮ ПЕРЕДМІХУРОВОЮ ЗАЛОЗОЮ

Вінницький національний медичний університет ім. М.І. Пирогова

*Наведено результати дослідження протимікробних властивостей антисептичного лікарського препарату декасану. Узагальнено досвід клінічного застосування декасану в лікуванні хворих з доброякісно гіпертрофованою передміхуровою залозою (ДГПЗ).*

**Ключові слова:** декасан, лікувальна ефективність, доброякісно гіпертрофована передміхурова залоза.

У зв'язку з великою кількістю операцій актуальною проблемою залишається профілактика та лікування гнійно-запальних ускладнень, які розвиваються в післяопераційному періоді. Частота виникнення інфекційних ускладнень, пов'язаних з операцією на простаті, коливається від 2,6 до

15,5 % з ризиком розвитку бактеріємії до 4 %. Ускладнення, що виникають в післяопераційному періоді, пов'язані з маніфестацією інфекції: 35 % – дизуричні явища, 11 % – гематурія, 4 % – гострі уретрити та орхоепідидиміти, 7-8 % – гострий пієлонефрит, 1 % – уросепсис [1]. Існуючі методики антибактерійної терапії та профілактики недостатньо ефективні, що призводить до значного погіршення якості життя хворих після оперативного втручання [2].

Незважаючи на активне впровадження в клінічну практику нових груп антибіотиків, проблема профілактики і лікування гнійно-запальних ускладнень залишається актуальною [3-5]. Слід зазначити, що широке впровадження антибіотиків